

NOTICE OF OPEN PAYMENTS DATABASE

Effective Date: January 1, 2023

THIS NOTICE DESCRIBES THE OPEN PAYMENTS DISCLOSURE PROGRAM THAT PROMOTES TRANSPARENCY AND ACCOUNTABILITY BY HELPING CONSUMERS UNDERSTAND THE FINANCIAL RELATIONSHIPS BETWEEN PHARMACEUTICAL, MEDICAL DEVICE INDUSTRIES, PHYSICIANS, AND TEACHING HOSPITALS.

For informational purposes only, a link to the federal Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Open Payments web page is provided here. The federal Physician Payments Sunshine Act requires that detailed information about payment and other payments of value worth over ten dollars (\$10) from manufacturers of drugs, medical devices, and biologics to physicians and teaching hospitals be made available to the public.

The Open Payments database is at the following
link: <https://openpaymentsdata.cms.gov>

Patient Name (please print) _____

Signature _____ Date _____

Signature of Patient or Legal Representative Witness*

*To be signed by all adult patients or legal representative and kept in patient chart

2/9/2023

AVISO DE BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTOS

Fecha efectiva: 1 de enero del 2023

ESTE AVISO DESCRIBE EL PROGRAMA DE DIVULGACIÓN DE PAGOS ABIERTOS QUE PROMUEVE LA TRANSPARENCIA Y LA RESPONSABILIDAD AL AYUDAR A LOS CONSUMIDORES A COMPRENDER LAS RELACIONES FINANCIERAS ENTRE LAS INDUSTRIAS FARMACÉUTICAS Y DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, LOS MÉDICOS Y LOS HOSPITALES DE ENSEÑANZA.

Solo con fines informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de Pagos Abiertos de los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley Federal Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales docentes.

La base de datos de Open Payments se encuentra en el siguiente enlace:

<https://openpaymentsdata.cms.gov>

Nombre del paciente (por favor imprimir) _____

Firma _____ Fecha _____

Firma del Paciente o Representante Legal Testigo*

*Ser firmado por adulto o representante legal y forma debe ser mantenida en el expediente del paciente.

02/09/2023